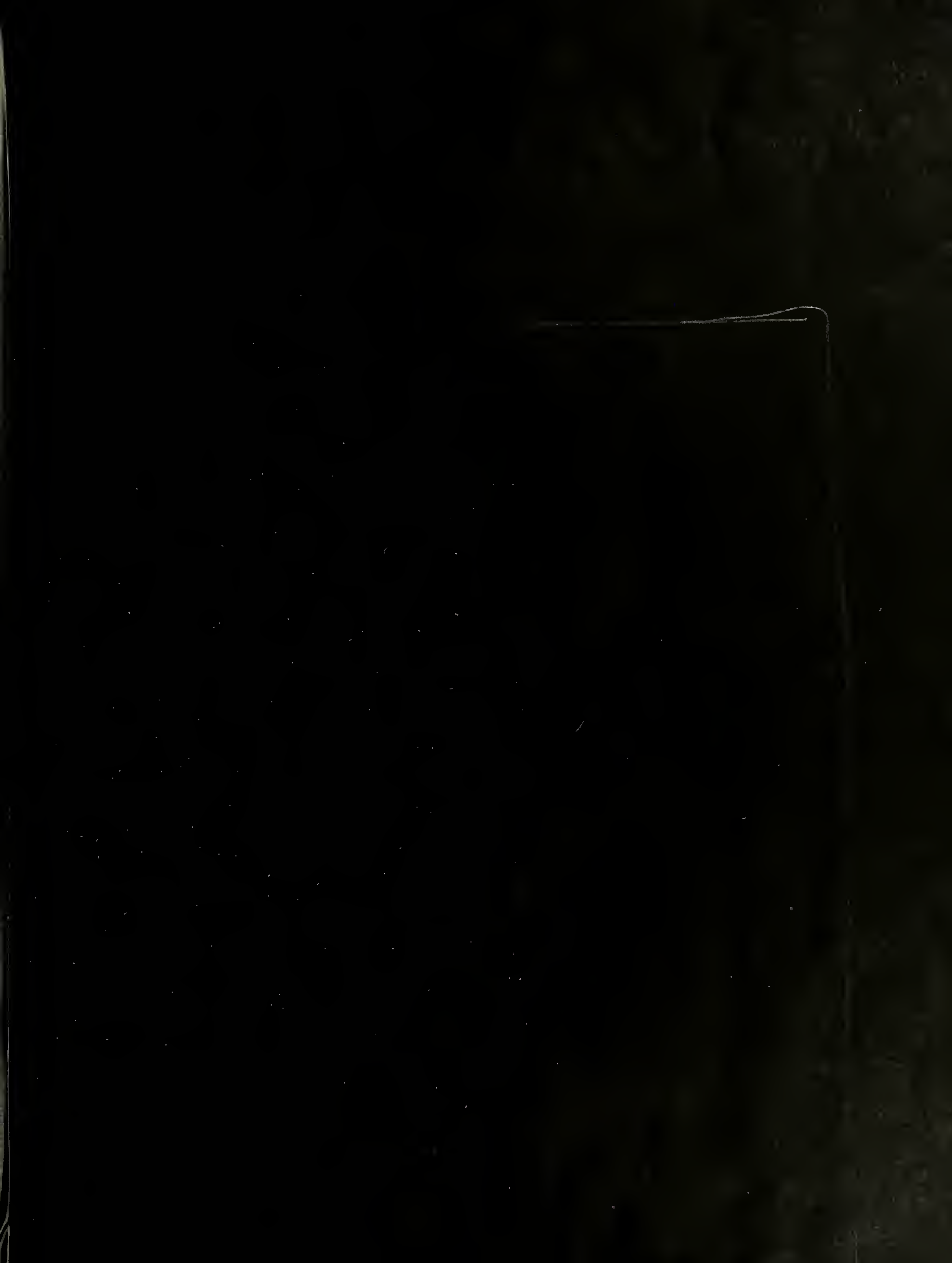


FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1879 — N° 521

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 28 novembre 1879, à 1 heure.

Par René BOUREAU
Né à Amboise (Indre-et-Loire), le 22 juillet 1854,
Ex-interne de l'hôpital de Tours, ancien prosecteur de l'École de médecine de Tours,
Ancien externe des hopitaux de Paris,
Lauréat de l'École de médecine de Tours (méd. bronze 1874, méd. vermeil 1876),
Lauréat du prix Tonnellé (médaille d'or 1877),
Lauréat de la Société médicale d'Indre-et-Loire (médaille d'argent 1877).

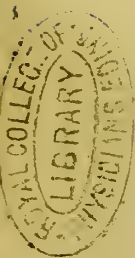
CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'INFLUENCE DE LA SYPHILIS SUR LA GROSSESSE

Président : M. HAYEM, *professeur.*

Juges : MM. BROCA, *professeur.*
TERRIER, RENDU, *agrégés.*



Le Candidat repondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.
31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31.
1879

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. VULPIAN.
Professeurs	MM.
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BECLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	JACCOUD. PETER.
Pathologie chirurgicale	TRELAT. GUYON.
Anatomie pathologique	CHARCOT.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	LE FORT.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Histoire de la médecine et de chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	SEE (G.) LASEGUE. HARDY. POTAIN
Maladies des enfants	PARROT.
Clinique de pathologie mentale et des maladie de l'encéphale	BALL
Clinique chirurgicale	RICHET. GOSSELIN. BROCA. VERNEUIL.
Clinique ophthalmologique	PANAS
Clinique d'accouchements	DEPAUL.

DOYEN HONORAIRE : M. WURTZ

Professeurs honnoraires :

MM. BOUILLAUD. le baron J, CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
B. ANGER.	DELENS.	HENNINGER.	POZZI.
BERGER.	DIEULAFOY.	HUMBERT.	RENDU.
BERGERON.	DUGUET.	DE LANESSAN.	RICHET.
BOUCHARDAT.	DUVAL.	LANCEREAUX.	RICHELOT.
BOURGOIN.	FARABEUF.	LEGROUX.	RIGAL
CADIAT	FERNET.	MARCHAND.	STRAUS.
CHANTREUIL.	GAY.	MONOD.	TERRIER.
CHARPENTIER.	GRANCHER.	OLLIVIER	TERRILLON.
DEBOVE.	HALLOPEAU.	PINARD	

Agrégés libres chargés des cours complémentaires

Cours clinique des maladies de la peau	MM. N.
— des maladies des enfants	N.
— d'ophthalmologie	N.
— des maladies des voies urinaires	N.
— des maladies syphilitiques	N.
Chef des travaux anatomiques	FARABEUF.

Secretaire de la Faculté : A. PINET.

Par délibration en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propre à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE TOURS

A MM. les Docteurs :

ÉDOUARD LABBÉ ET ARCHAMBAULT
Médecins des hôpitaux,

Mes chefs de service à Paris.

A M. HAYEM

Professeur de thérapeutique,

Mon président de thèse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'INFLUENCE DE LA SYPHILIS

SUR LA GROSSESSE



INTRODUCTION.

La syphilis possède sur la grossesse une influence. Le fait est évident. Les avortements et les lésions que nous décrirons plus tard le prouvent assez Cette influence se manifeste-t-elle toujours ? Évidemment non, et j'en prends à témoin l'expérience des accoucheurs qui ont tous vu des grossesses chez des syphilitiques arriver sans encombre au terme normal. Mais si nous cherchons à élucider dans quels cas cette influence se manifeste et quelles en sont les manifestations, ici nous ne trouvons qu'opinions divergentes et théories plus ou moins bien étayées.

Les auteurs qui ont cherché à jeter un peu de lumière sur ces questions sont nombreux, et il semblerait qu'avec les faits qu'ils exposent une solution soit facile.

Loin de là, et pour résoudre ces questions, j'ai dû examiner consciencieusement une quantité considérable de documents que j'ai pu me procurer. Je ne dissimulerai pas que le travail a été souvent pénible, surtout lorsque j'ai vu que sur bien des points il m'était impossible de formuler des conclusions absolues.

Je n'ai pas écrit ce mémoire avec une idée préconçue, et je serais heureux, si après avoir pris connaissance de mon modeste travail, le lecteur était convaincu de la nécessité qu'il y aurait à reprendre par la base l'étude de ces différentes questions.

Je dois ici remercier M. Quenu et M. Capitan, internes des hôpitaux, pour l'obligeance avec laquelle ils ont mis à ma disposition deux documents importants.

Quant à mon excellent ami M. Bar, interne des hôpitaux, ce n'est pas seulement grâce aux observations qu'il m'a confiées, mais aussi grâce à ses conseils que j'ai pu arriver au terme de mon travail. Je me fais un devoir de l'en remercier ici chaleureusement.

CHAPITRE PREMIER.

LA SYPHILIS PEUT-ELLE PRODUIRE LA STÉRILITÉ ?

L'influence de la syphilis sur la génération chez l'homme paraît assez bien établie tout d'abord. Cette maladie a une action incontestable lorsque par des productions spéciales dans les testicules elle amène l'atrophie de ces organes et l'impuissance consécutive. Mais en dehors de ces cas, la syphilis peut-elle sans accidents spécifiques du côté des testicules amener la stérilité chez

l'homme ? C'est un point qui a soulevé de longues discussions ; actuellement cependant on semble incliner à croire que la syphilis agit sur la vitalité du spermatozoïde.

Quelle que soit la théorie que l'on admette sur la genèse de ces derniers, que l'on en fasse des animalcules ou de simples cellules douées de mouvements amœboïdes, il est certain aujourd'hui que la rapidité avec laquelle ces mouvements se produisent est la meilleure garantie de la puissance génitale du sperme. Nous pourrions à cet égard citer de nombreux exemples, aujourd'hui il n'est pas de clinicien qui se refuse à admettre la stérilité de l'homme lorsque les spermatozoïdes sont dénués de mouvements ou n'en ont que de très faibles. Et si quelqu'un contestait ce fait, nous pourrions lui objecter l'exemple suivant que nous trouvons relaté par M. Balbiani (1). La fécondation artificielle des œufs de certains poissons (truites) ne peut réussir lorsque les spermatozoïdes sont dénués de mouvements. Ce fait est si bien connu des pisciculteurs qu'ils ont soin avant toute fécondation de rendre le mouvement aux animalcules par l'addition d'une légère quantité d'eau au liquide séminal.

Or quand un homme est atteint de syphilis secondaire, le plus généralement grave, il peut arriver que les spermatozoïdes soient presque complètement dénués de mouvements ; dans ce cas un traitement mercuriel bien dirigé suffit souvent pour rendre à ces derniers toute leur vitalité ; et ces malades, qui auparavant étaient

(1) Cours d'embryogénie comparée du Collège de France.

impuissants, deviennent aptes à procréer des enfants la plupart du temps bien constitués.

Est-il possible d'admettre une action semblable de la syphilis chez la femme ? Nous croyons pouvoir dire qu'il n'est pas possible actuellement de formuler une conclusion absolue, quelle que soit la tendance que l'on puisse avoir à admettre la puissance stérilisante de la syphilis chez la femme quand elle est si probable chez l'homme. Dans tous les cas, nous n'admettrons pas qu'un traitement mercuriel bien dirigé puisse produire la stérilité chez la femme. Si Lussana a montré que l'intoxication mercurielle amenait chez les oiseaux la cessation de la ponte, nous ne pensons pas qu'il soit logique en pareille matière de conclure des oiseaux à l'espèce humaine. Les troubles de la menstruation n'ont rien de constant dans l'intoxication mercurielle ; et si M. Colson dans ce cas a signalé la fréquence des avortements et des accouchements prématurés, nous montrerons avec tous les syphiliographes que le mercure est au contraire le seul médicament qui prévienne l'avortement chez les femmes syphilitiques.

Pour bien résoudre ce problème, il faudrait que les auteurs puissent citer des cas dans lesquels des femmes sans lésions internes, après avoir été déjà fécondées, sont devenues temporairement pendant l'évolution de la syphilis inaptes à la conception, les conditions restant les mêmes du côté de l'homme. Nous n'avons pas trouvé d'observations où toutes ces conditions, qui nous semblent nécessaires, aient été réalisées.

CHAPITRE II.

A côté des cas que nous venons de signaler, il en est d'autres, et ce sont les plus nombreux, dans lesquels la syphilis moins grave ou modifiée par le traitement ne nuit pas à la conception, mais agit d'une façon indéniable sur l'évolution de la grossesse. C'est sur ce point que nous voulons insister spécialement ; nous ferons successivement les hypothèses suivantes :

1° Le père et la mère sont syphilitiques : et nous aurons à examiner si dans ces cas la diathèse agit différemment quand elle est à la période secondaire ou quand elle est parvenue à la période tertiaire. Comme corollaire nous essayerons de déterminer ce qui se passe quand le père est à la période secondaire et la mère à la période tertiaire et réciproquement.

2° Les cas où le père est syphilitique et la mère saine.

3° La mère seule est syphilitique et le père est sain.

I

Lorsque le père et la mère sont syphilitiques tous les deux à la période secondaire, il est rare de voir la grossesse arriver à son terme normal. Le plus générale-

ment on voit l'avortement se produire, souvent l'accouchement prématuré.

Obs. I. — (Mireur, thèse de Paris, 1867.)

Le mari et la femme contractent la syphilis dans le premier mois de leur mariage. Cette syphilis fut complètement livrée à elle-même pendant toute la période secondaire.

1re grossesse, fausse couche à 5 mois.				
2e	«	à 7 mois.		
1857. 3e grossesse, accouchement prématuré. Enfant mort.				
4e	«	accouchement à terme.	Enfant meurt	à 30 jours.
5e	«	«	«	à 45 jours.
1860. 6e grossesse,		«	Enfant bien portant.	
7e	«	«	«	
8e	«	«	«	

Obs. II. — (Moret, thèse de Paris, 1875.)

Syphilis non traitée en pleine période secondaire au 6e mois d'une première grossesse.

1° Avortement à cette époque.

2° Grossesse. Accouchement prématuré à 7 mois. Enfant meurt huit heures après.

3° Quatre mois après, nouvelle grossesse, accouchement prématuré à 7 mois 1/2. Enfant mort.

4° Grossesse, accouchement à terme. Enfant vit dix-huit jours.

5°	«	«	six semaines.
6°	«	«	quatre mois.

Obs. III. — (Communiquée par M. Bar.)

Marie L..., 22 ans. Salle Saint-Clément, n° 28, Lourcine. Entrée le 26 septembre 1877.

Malade syphilitique depuis plusde trois mois. Père syphilitique. Accidents secondaires.

30 décembre. Avortement d'un fœtus d'environ soixante-dix jours. Délivrance quarante-huit heures après.

Obs. IV. — (Communiquée par M. Bar.)

Augustine P..., 21 ans. Salle Saint-Clément, n° 15. Lourcine. Entrée le 20 avril 1877. A contracté la syphilis avec le père de son enfant.

20 avril. Malade depuis sept mois, a eu des ulcérations aux parties génitales pour lesquelles elle a suivi un traitement.

Plaques muqueuses dans la bouche il y a deux mois; actuellement plaques des amygdales et de la langue. Adénite inguinale et cervicale. Eruption papulo-squameuse de la face, rien à la vulve et à l'anus. Enceinte de 6 mois 1/2.

11 mai. Amélioration des lésions syphilitiques; plus de mouvements du fœtus depuis deux jours. Elle accouche à 6 heures d'un enfant mort ayant 7 mois 1/2.

16 mai. Les suites de couches ont été bonnes.

25 juin. Métrite du col.

Nous nous bornerons à ces quatre citations qui nous paraissaient être de véritables types. Quand la grossesse arrive à son terme le fœtus est presque toujours, pour ne pas dire toujours, infecté. Nous n'insisterons pas sur ce point qui est admis par presque tous les accoucheurs et les syphiliographes, nous réservant d'insister sur l'hypothèse suivante où les résultats sont plus discutés: le père et la mère sont tous deux à la période tertiaire. Dans ces cas la grossesse arrive le plus souvent à terme.

Dans une observation rapportée par Mireur (1), la

(1) Mireur, Thèse de Paris, 1867.

syphilis produisit des avortements successifs, et ce ne fut que lorsque les parents furent arrivés à la *période tertiaire* que les *accouchements* se firent à terme.

Est-ce à dire pour cela que la syphilis tertiaire ne puisse jamais avoir d'action sur l'évolution de la grossesse, nous ne le pensons pas. Si nombreux que soient les cas analogues aux précédents, il est légitime de penser qu'avec la période secondaire ne disparaît pas toute influence nocive. Les divergences que nous avons trouvées dans les ouvrages des syphiliographes nous en paraissent une bonne preuve.

Ricord (1), Legendre (2) pensent que les parents étant parvenus aux accidents tertiaires les enfants sont chétifs et le plus souvent atteints de scrofulides graves. Bazin (3), ne croyant pas à la substitution des diathèses, nie toute influence à la syphilis tertiaire. Malheureusement il ne rapporte pas de faits à l'appui de son opinion. Or nous avons trouvé le fait suivant parmi les observations qui nous ont été communiquées par M. Bar.

Obs. V.

X..., âgée de 37 ans, employée ainsi que son mari à l'hôpital Saint-Antoine, accouche pour la septième fois le 10 mai 1879. Les cinq premières grossesses ont été régulières; des cinq enfants trois sont morts de maladies infantiles. Il y a deux ans et demi le père contracte la syphilis, la mère étant enceinte de quatre mois. Au cinquième mois de sa grossesse la mère présente des accidents; elle

(1) Ricord, Traité des maladies vénériennes, 1838.
(2) Legendre, Nouvelles recherches sur les syphilides, 1841.
(3) Bazin, Leçons sur les syphilides, 1859.

accouche prématurément au septième mois et l'enfant meurt le vingtième jour. Le père et la mère n'ont cessé d'être soignés par le chirurgien de l'hôpital. Tous les deux présentent depuis plus de six mois des accidents tertiaires. La 7e grossesse de la femme a évolué sans accidents ; l'accouchement et les suites de couches ont été régulières; l'enfant ne présentait aucune trace de syphilides. Quatre mois après sa naissance il a un abcès situé à l'angle du maxillaire inférieur et considéré comme un abcès ganglionnaire ; depuis deux mois il est resté une fistule suppurant et atteignant l'os; l'extrémité inférieure des humérus est très volumineuse.

Nous avons tenu à rapporter en entier cette observation bien que nous ne nous en dissimulions pas toutes les défectuosités. D'après elle, nous pourrions conclure que deux parents arrivés tous deux à la période tertiaire ont donné le jour à un enfant syphilitique et non strumeux ; car il présente les lésions osseuses qu'a si bien décrites le professeur Parrot (1) (gonflement des épiphyses humérales, abcès développés autour d'un os). Nous ne conclurons pas cependant de ce seul fait ; car il n'est pas noté dans cette observation que les parents fussent à la période tertiaire au moment de la conception. Nous laissons donc la question en suspens et n'affirmons ni l'innocuité de la syphilis tertiaire, ni son influence nocive, nous montrant aussi sévères pour les observations inédites de cette thèse que pour celles déjà publiées par les auteurs.

— Quant à dire ce qui se produit lorsque le père est à la période tertiaire et la mère à la période secondaire ou réciproquement, nous n'avons pas trouvé d'observations assez complètes pour que nous puissions donner une conclusion sérieuse ; c'est du reste là un point qui, si

(1) Parrot, *Archives de physiologie*, 1876.

intéressant qu'il soit, n'a que fort peu occupé les auteurs.

II

La syphilis chez le père ne peut avoir d'influence si ce dernier est infecté au moment de la conception ; nous n'insisterons pas sur ce fait de toute évidence. Nous ferons les deux hypothèses suivantes. A. Le père est atteint d'accidents secondaires, ou se trouve dans la période secondaire. B. Le père a présenté des accidents tertiaires.

A. *Le père est dans la période secondaire.*

Nous avons lu avec attention un grand nombre d'observations sur ce point et nous pouvons dire qu'elles ne nous ont nullement éclairé sur ce sujet, et que la vérité est loin d'être connue. Le père étant seul syphilitique, la grossesse est-elle oui ou non influencée ?

La plupart des praticiens admettent l'affirmative et nous avons souvent entendu des médecins nous rapporter des faits dans lesquels le père étant syphilitique au moment de son mariage, la femme avait un premier avortement ovulaire puis un avortement embryonnaire. Le père consulte, on lui donne le traitement mercuriel, la femme a un accouchement prématuré ; il continue son traitement, la femme accouche à terme. Nous pourrions rapporter de nombreux cas analogues; cependant nous n'admettons qu'avec défiance ces observations, car n'est-il pas fréquent, surtout dans nos grandes villes, et cela aussi bien dans les classes du peuple que dans celles plus élevées, de voir les jeunes filles souvent chétives ne prendre aucun souci de leur période menstruelle, et par les fatigues auxquelles elles s'expo-

sent pendant ces moments contracter des affections utérines, parfois des pelvipéritonites limitées qui, la plupart du temps, ne sont pas diagnostiquées et qui ne font qu'empirer pendant les premiers temps du mariage. Ce sont là sans aucun doute des causes trop souvent méconnues d'avortements répétés qui ne cessent que lorsqu'une hygiène bien entendue vient en détruire l'origine.

Nous devons donc ne tenir compte que des observations dans lesquelles les points suivants sont nettement précisés ; le père étant syphilitique à la période secondaire donne le jour à un enfant syphilitique, la mère restant indemne. Si nous pouvons établir ce point, nous pourrons en déduire la possibilité de l'influence de la syphilis paternelle sur la marche de la grossesse.

Bouchut (1), Bœhr (2), Haase (3), Bertin (4), Swediaur (5), Cederschjold (6), Bertherand (7), Depaul (8), Trousseau (9), Campbell (10), Martinez y Sanchez (11),

(1) Bouchut, Traité des maladies des nouveau-nés, 1862, p. 980.

(2) Bœhr, *Journ. der pract.* Heilkunde, 1836.

(3) Haase, Allegemein Mediz. Annal, février 1829.

(4) Bertin, Traité de la maladie vénérienne chez les enfants nouveau-nés, p. 163.

(5) Swediaur, Traité des maladies vénériennes, t. II, p. 11.

(6) Cederschjold, Tisdscrift for Lakare, Bd. VII, 1820.

(7) Bertherand, Traité des maladies vénériennes, p. 331.

(8) Depaul, *Gazette médicale de Paris*, 1851.

(9) Trousseau, Leçons cliniques sur la syphilis congénitale (*Union médicale*, 1857).

(10) Campbell, *The London and Edinburgh monthly Journal*, 1844.

(11) Martinez y Sanchez, Essai sur la syphilis héréditaire, thèse Paris, 1855.

Vidal (1) admettent sans conteste l'influence de la syphilis paternelle snr la grossesse.

Kassowitz (2) dit que sur 119 familles où le père était syphilitique, 43 fois la mère n'étant pas infectée a donné le jour à un enfant syphilitique. Nous admettrons que tous ces cas ont été bien observés, et cependant nous pensons qu'il serait bon de reprendre en France une statistique analogue, car les cas sont bien rares où par le fait d'une cohabitation continue la syphilis ne se transmette pas à un moment quelconque à la mère. C'est par ce mécanisme que nous croyons devoir interpréter les cas analogues au suivant.

Obs. VI. — (Cliniques de Trousseau, t. III, p. 337.)

Une jeune dame de la moralité de laquelle il n'est pas possible de douter devint grosse dès les premiers jours de son mariage. Le père qui est médecin avait eu la vérole trois ans avant et n'en portait aucune trace appréciable sauf un peu d'engorgement cervical ganglionnaire ; au troisième mois de sa grossesse cette dame éprouve des démangeaisons aux grandes lèvres ; on constate alors des ulcérations en voie de transformation en plaques muqueuses. Quelques jours plus tard, plaques muqueuses parfaites, pléiade inguinale ; puis maux de gorge, puis engorgement cervical ganglionnaire. A huit mois cette jeune dame accouche d'un enfant chétif qui a du coryza et de l'ophthalmie syphilitique au dixième jour de sa naissance et qui meurt au bout de six semaines avec un gros foie, de l'ascite et de l'œdème des extrémités ; il avait eu des épistaxis la veille et le jour de sa mort.

Quelle que soit l'autorité qui s'attache au nom de

(1) Emile Vidal, De la syphilis congénitale, thèse agrégation, 1860.

(2) Kassowitz, Stricker's Jahrb, 1875, p. 359.

Trousseau, nous ne pensons guère qu'il y ait eu contamination de la mère par l'enfant et nous croyons à une infection venant directement du père.

Caspary (1) a rapporté le cas suivant qui au premier abord pourrait paraître à l'abri de toute critique.

Obs. VII.

Un homme de 40 ans dont Caspary était le médecin depuis dix ans fut infecté en 1872, il eut des accidents fort graves. Sa femme avait déjà mis au monde plusieurs enfants sains ; elle fut dès le début instruite de l'état de son mari et ne s'exposa pas à la contagion ; elle ne reprit ses devoirs conjugaux qu'à une époque où son mari parut guéri ; elle fut observée avec soin et ne présenta jamais le moindre accident. Au mois d'octobre 1875 elle devint enceinte ; six mois plus tard elle fit une fausse couche. Le professeur Neumann examina le fœtus et le placenta et reconnut des gommes dans ce dernier. La femme se rétablit bien. Voulant juger si elle était syphilitique ou non, s'il lui fallait ou non prescrire un traitement antisyphilitique, Caspary (avec le consentement de la malade) résolut d'essayer une inoculation. Il prit le produit de sécrétion de plaques muqueuses chez un homme porteur de syphilides cutanées et qui n'avait encore subi aucun traitement. L'inoculation fut faite au bras gauche, elle demeura sans résultat.

Nous n'apprécierons pas la singularité du raisonnement qui a pu pousser notre auteur à inoculer la syphilis à sa malade dans le but de savoir s'il devait la traiter. Ce fait seul doit suffire à nous inspirer quelque défiance sur le bon examen du cas. De plus, dans cette observation qui a fait grand bruit de l'autre côté du Rhin, il ne nous est pas dit que l'enfant était syphiliti-

(1) J. Caspary, Vierteljahreschrift fur Dermatologie, p. 437, 1875.

que, les os n'ont pas été examinés. Quant aux gommes du professeur Neumann existent-elles, nous renvoyons au chapitre suivant. Pour la valeur de l'inoculation nous pensons qu'un fait négatif isolé ne saurait avoir d'importance. L'inoculation a pu être mal faite.

Nous croyons cependant pouvoir rapporter à ce sujet un cas où la mère nous a paru saine malgré toutes nos investigations.

Obs. VIII. — (Personnelle.)

M. N..., âgé de 40 ans, a contracté il y a 7 ans étant au régiment une syphilis bénigne qui fut traitée à son début. Depuis cinq ans aucun accident n'est réapparu, il y a quatre ans il se marie avec une personne sur qui il était impossible d'émettre aucun doute. Quatre mois après son mariage sa femme devint enceinte, mais avorta d'un enfant mort au troisième mois. Cinq mois après, nouvelle grossesse qui se termina au cinquième mois par un avortement. Il y a un an nouvelle grossesse qui cette fois se termina heureusement par l'accouchement à terme d'un enfant petit mais paraissant bien constitué. Dix jours après sa naisance cet enfant commença à dépérir, devint jaune, ridé. En même temps apparurent aux fesses des syphilides papuleuses. Les parents l'amenèrent à la consultation du Dr Archambault, à l'hôpital des Enfants malades. La syphilis fut diagnostiquée et traitée par des frictions mercurielles. Quinze jours après les syphilides étaient guéries; depuis l'enfant s'est complètement rétabli et pour le moment s'élève dans d'excellentes conditions. Quelque soin qu'on ait pris à les chercher, il fut impossible de découvrir chez la mère la moindre trace de lésions syphilitiques.

Nous ne nous dissimulons pas que cette observation peut prêter à des critiques. Certainement les taches observées sur les fesses ne tenaient pas à l'état atrepsique de l'enfant; mais nous ne conclurons pas que la syphi–

lis paternelle ait été la cause de tous les avortements, et nous ferons à notre observation les critiques que nous adressions tout à l'heure à celles analogues. De plus, il nous paraît étrange que le père ait pu donner lieu à un enfant syphilitique au bout de cinq ans de syphilis ; car il devait bien probablement avoir dépassé la période secondaire. Nous déclarons en outre ne pas avoir examiné *de visu* les parties génitales de la femme au delà d'une période de quinze jours après l'accouchement. Malgré ces défauts nous pensons néanmoins que cette observation est intéressante, car si la mère avait été infectée, il y aurait eu de grandes chances pour voir des accidents au moment où nous l'avons examinée.

Si nous ne trouvons pas de cas absolument concluants de l'influence de la syphilis paternelle, devons-nous accepter sans conteste l'opinion de ceux qui la nient complètement.

Mireur (1) dit en propres termes « l'influence paternelle nous la considérons comme extrêmement rare, comme exceptionnelle. » Adam Owere (2), Vassal (3), Notta (4), Diday (5), Cullerier (6), Charrier (7) rapportent des cas d'enfants sains nés de pères en pleine syphilis secondaire.

(1) Mireur, Thèse Paris, 1867.

(2) Adam Owere, Nordiskt med. ark., t. V, 2. partie.

(3) Vassal, Mémoire sur la transmission du virus vénérien de la mère à l'entant. Paris, 1807.

(4) Notta, Mémoire sur l'hérédité de la syphilis, 1857.

(5) Diday, Traité de la syphilis des nouveau-nés, 1854.

(6) Cullerier, Mémoires de la Société de chirurgie, 1857, t. IV, p. 230.

(7) Charrier, De l'hérédité syphilitique, *Arch. de méd.*, 1862.

Sturgis, adoptant les conclusions de Cullerier, a, dans la séance du 26 mai 1876 de la *New-York medical Journal Association*, rapporté trois cas où le père était syphilitique, la mère restant saine, l'enfant n'avait pas été infecté.

Otis, dans la discussion qui suivit la présentation de ce mémoire, rapporta un cas analogue. Ces observations au premier abord si probantes pèchent cependant par plusieurs points. Car leurs auteurs affirment seulement qu'ils n'ont pas vu pendant une période d'observations, souvent trop courtes, de syphilides chez les enfants. Mais chez ces derniers la syphilis peut exister en n'atteignant que les os, ainsi que cela résulte des nombreuses communications du professeur Parrot à la Société anatomique ; or, dans aucune des observations l'examen des os n'est mentionné. Nous avons donc le droit de considérer ces observations comme incomplètes ; nous ne nions pas du reste qu'il puisse exister des cas où la syphilis paternelle ait pu ne pas se transmettre à l'enfant. Il est des syphilitiques qui n'ont jamais de plaques muqueuses; il n'en résulte pas que tous les syphilitiques n'en doivent jamais avoir ; et les adversaires pourraient dire que si des pères syphilitiques à la seconde période n'ayant pas été traités ont pu donner le jour à des enfants qui pendant leurs premières années n'ont pas eu de manifestations syphilitiques, ce sont là de pures exceptions. Mais à la période tertiaire l'influence existe-t-elle ? Nous n'avons pas sur ce sujet des observations suffisamment probantes. Nous verrons cependant lorsque nous étudierons les lésions du placenta qu'il n'est pas irrationnel d'admettre la possibilité d'une influence quelconque.

III

Nous sommes arrivés à l'étude de notre dernière hypothèse. La mère seule est syphilitique. Nous examinerons successivement les deux cas suivants. A. La mère est dans la période secondaire; B. la mère est dans la période tertiaire.

A. 1° *La mère est syphilitique au moment de la conception.*

2° *La mère ne contracte la syphilis que pendant sa grossesse.*

Tout d'abord nous avons à examiner si les accidents secondaires de la syphilis siégeant sur les organes génitaux peuvent influer sur la marche de la grossesse.

Tous ceux qui ont parcouru les services de syphilitiques ont été frappés du développement exagéré, de l'aspect florissant, pour ainsi dire, que prennent les plaques muqueuses de la vulve chez les femmes enceintes. D'énormes masses hypertrophiques encombrent l'orifice vulvaire, déforment les grandes lèvres. Ces lésions ne peuvent en rien influer sur la marche de la grossesse, mais peuvent devenir une gêne pendant l'accouchement Ces tissus œdématiés ou infiltrés par les exsudats syphilitiques sont devenus inextensibles et se déchireront facilement au moment du passage des parties fœtales C'est du reste ce que Sigmund (1), Mathews Duncan (2), et M. Budin (3) en France ont confirmé.

(1) Sigmund, Ueber den Verlauf der Syphilis bei Schwangerschaft Wiener médicinische Presse, 1873.

(2) Mathews Duncan, Mécanisme de l'accouchement normal.

(3) Budin, thèse d'agrégation, 1878.

Les chancres du col sont rares, il est vrai, mais ils existent; en outre A. Martin (1) a décrit une variété d'ulcération à laquelle il a donné le nom d'hypertrophie exulcérative syphilitique du col. Or si nous rapprochons ces faits des études que Coffin (2) a faites sur l'influence que les ulcérations du col ont sur les avortements, nous ne pourrons nous refuser à admettre que souvent ces accidents syphilitiques pourront par une influence directe et locale arrêter le cours d'une grossesse. Cependant nous devons dire que ce n'est qu'une simple induction et qu'il nous est impossible d'apporter aucune preuve à l'appui.

1° La mère est déjà syphilitique au moment de la conception.

Les auteurs sont d'accord pour reconnaître que dans ces cas la grossesse est presque toujours influencée, que rarement elle arrive à son terme et que tout se passe comme lorsque le père est également syphilitique.

Cette conclusion est peu contestée et est admise par Vassal, Bardinet, Diday, Bergeret, qui tous ont apporté des preuves à l'appui.

2° La question est plus obscure lorsque l'on cherche l'influence d'une syphilis postérieure à la conception. Ici les opinions divergent, et je dois avant d'exposer les faits rapporter avec soin les différentes idées émises sur ce sujet.

(1) Martin, *Annales de gynécologie*, nov. 1877.
Consulter aussi Playfair, Traité d'accouchement.

(2) Coffin, Thèse Paris, 1851.

Abernethy admet que la femme dont la syphilis est postérieure au 6e mois n'infecte pas son produit.

Ricord (1) est du même avis.

Mandron (2) va plus loin il déclare « que la syphilis gagnée par la mère pendant la grossesse ne saurait être transmise au fœtus. »

Mireur (3) prétend que l'influence maternelle est fatale soit que la syphilis ait été contractée avant ou pendant la conception, soit qu'elle date du premier ou du dernier mois de la grossesse.

Pour Diday (4), si la mère contracte la syphilis pendant les six ou sept premiers mois de la grossesse l'enfant sera atteint probablement; il y échappera si la mère ne l'a acquise que dans les deux derniers-mois.

D'un autre côté M. Chabalier (5) a rapporté l'observation d'un fœtus infecté par une syphilis que sa mère avait contractée peu de temps avant d'accoucher.

M. Cornil (6) rapporte un cas de contamination du fœtus dans un cas de syphilis datant du quatrième mois de la grossesse.

Si intéressante que puisse être la question de la transmission de la syphilis à l'enfant, nous ne chercherons pas à l'élucider dans cette thèse, nous bornant à étudier l'influence de la syphilis sur la grossesse. Si nous avons donné avec détails les citations précédentes, c'est que

(1) Ricord, Discours sur la contagion des accidents secondaires (Académie de médecine, 1852).

(2) Mandron, *Journal de Bruxelles*, 1856.

(3) Mireur, Thèse de Paris, 1867.

(4) Diday, Traité de la syphilis des nouveau-nés, 1854.

(5) Chabalier, Soc. méd. de Lyon, 24 fév. 1864.

(6) Cornil, *Gaz. des hôp.*, 2 juillet 1864.

nous pensons que, lorsque le fœtus est lésé, il est légitime de penser que la grossesse pourra être influencée; c'est en nous plaçant à ce point de vue seulement que nous pouvons tenir compte des cas précédents. Les observations suivantes nous semblent très probantes.

Obs. IX. — (Communiquée par M. Bar.)

Marie J..., 21 ans, salle Saint-Clément, n° 21, Lourcine. Entrée le 6 décembre 1877.

Enceinte de huit mois. Deux mois et demi avant son entrée a eu des relations avec un autre individu que le père de son enfant. Quinze jours après, apparition des premiers accidents. Plaques vulvaires, roséoles, papules sur le cou.

Accouchement normal à terme d'un enfant non syphilitique. Cet enfant a été suivi pendant deux mois et n'a jamais présenté trace de syphilis.

Obs. X. — (Communiquée par M. Bar.)

Jeanne R..., 22 ans, salle Saint-Clément, no 3, Lourcine. Entrée le 8 novembre 1877.

Il y a deux ans, première grossesse qui a évolué sans accidents. Grossesse sans accidents.

En haut de la grande lèvre droite, ulcération à fond gris, bords relevés arrondis, induration manifeste, plaques muqueuses sur les petites lèvres. Au-dessous de la fourchette une autre ulcération à base indurée.

15 décembre. Chancres presque complètement cicatrisés.

Accouchement normal à terme d'un enfant sain.

Obs. XI. — (Communiquée par M. Bar.)

Marie G..., 24 ans, salle Saint-Clément, Lourcine, n° 26. Entrée le 28 octobre 1877.

Enceinte de sept mois. Syphilis d'origine inconnue, mais les premiers accidents n'ont apparu qu'il y a un mois. Actuellement chancre induré sur la grande lèvre droite. Ganglions inguinaux indurés. Roséole marquée surtout sur l'abdomen.

Accouchement normal à terme d'un enfant qui suivi pendant deux mois n'a jamais présenté trace de syphilis.

Obs. XII. — (Communiquée par M. Bar).

D..., 21 ans, entrée le 8 octobre 1879, salle Sainte-Cécile, n° 4, hôpital Saint-Antoine.

N'a pas eu de fausse couche et se trouve actuellement enceinte pour la deuxième fois. 1er accouchement en mai 1878. Enceinte de six mois. Origine de la syphilis inconnue, mais n'a présenté de plaques muqueuses que huit jours avant son entrée.

Accouchement normal à terme le 1er novembre. Insertion marginale du placenta. Enfant sain.

Obs. XIII. — (Communiqué par M. Bar.)

M..., âgé de 23 ans, entré le 5 mai 1879, hôpital Saint-Antoine.

A eu il y a trois ans un premier enfant à terme; accouchement régulier. A contracté la syphilis il y a trois mois; plaques muqueuses. Enceinte de 7 mois; accouchement prématuré à 8 mois; enfant meurt deux jours après.

Obs. XIV. — (Communiquée par M. Bar.)

Elisa V..., 22 ans, Lourcine, salle Saint-Clément, n° 30, entrée le 12 avril 1877.

12 avril. Syphilis datant de 3 mois ; plaques muqueuses hypertrophiques de la vulve et de l'anus; ganglions inguinaux indurés; enceinte de 6 moins 1/2; liqueur de Van Swieten.

28 avril. Plaques presques guéries sauf une très large au pourtour de l'anus.

Le 8 mai. Accouchement prématuré; enfant de 7 mois 1/2 vivant; 12 heures de travail.

Le 16. L'enfant manifestement syphilitique meurt.

Le 18. Les plaques muqueuses sont guéries; aucun accident syphilitique n'est réapparu avant la fin de juillet; à cette époque, plaques muqueuses de la vulve, du voile du palais. Les règles n'ont réapparu qu'à cette époque, c'est-à-dire 70 jours après l'accouchement.

Si nous examinons ces 6 observations nous remarquons que dans la 1re la syphilis n'apparut qu'à cinq mois et demi de la grossesse, dans la 2e observation à 7 mois et demi, dans la 3e à six mois; quant à la 4e il est difficile de préciser l'époque, en tous cas elle est postérieure au cinquième mois.

Dans ces 4 faits l'enfant est sain et l'accouchement se fait à terme. Mais si nous examinons l'observation XIII et l'obs. XIV, nous trouvons une syphilis datant du quatrième mois et du troisième mois, et la grossesse aboutissant à un accouchement prématuré avec un fœtus infecté.

Ces faits sont peu nombreux; mais, ajoutés aux opinions des auteurs comme Diday et Ricord, on peut énoncer ce fait que le plus souvent la syphilis contractée quelques mois après la conception n'influence la grossesse que rarement. On peut même à la rigueur poser comme limite d'une action probable le cinquième mois.

B. *La mère est à la période tertiaire.*

Obs. XV. — (Communiquée par M. Bar.)

G..., 30 ans, entre le 21 février 1879 à Saint-Antoine.

Enceinte de 9 mois pour la septième fois; deux fausses couches à 2 mois 1/2, les autres accouchements normaux et à terme. Elle présente à la face interne des jambes des saillies circulaires ou

irrégulières de couleur cuivrée; cicatrices caractéristiques; gourmes; ecthyma syphilitique, en un mot accidents tertiaires. L'accouchement se fait à terme; enfant sain.

Moret rapporte 4 cas de syphilis tertiaire coïncidant avec la grossesse. Or dans tous ces cas la grossesse a suivi son cours normal. Il semble donc que la puissance de la syphilis s'éteigne lorsque cette maladie a franchi la période secondaire. Nous ne pensons pas cependant que l'on puisse dire que jamais la syphilis tertiaire de la mère ne puisse influencer la grossesse. Car à cette période de la maladie la mère est cachectisée et il est possible de supposer que, par suite de cet état, la grossesse n'arrive pas toujours à son terme régulier.

CHAPITRE III.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Dans les chapitres précédents nous avons essayé de montrer que, dans un certain nombre de cas, l'influence de la syphilis des parents était indéniable sur la marche de la grossesse, et nous nous sommes attaché à signaler combien de points restaient encore obscurs dans cette étude. Maintenant éliminant tous les cas où cette influence n'est pas nettement établie, nous allons voir si dans les faits où la grossesse n'est pas arrivée à son terme il existe, soit du côté de l'œuf, soit du côté de la mère quelques lésions anatomiques qui puissent nous expliquer ce phénomène.

(1) Moret, Thèse Paris, 1875.

Lorsque le fœtus est malformé il arrive souvent que la grossesse n'arrive pas à son terme; il serait donc intéressant de voir si dans le cas de syphilis des parents, des monstres sont plus souvent procréés. Nous ne croyons pas qu'il y ait de statistique suffisamment concluante pour résoudre ce point. Les lésions des membranes sont certainement la cause la plus fréquente des avortements, aussi est-ce sur ce point qu'ont porté les recherches des anatomo-pathologistes. Nous allons en quelques mots essayer de montrer l'état de la science sur ce sujet.

Dans les cas où l'avortement a lieu pendant les trois premiers mois de la grossesse, le plus souvent les membranes sont altérées, c'est un fait sur lequel les auteurs sont tous d'accord. Dans notre observation III il est expressément noté que la délivrance n'a eu lieu que quarante-huit heures après la sortie de l'embryon. Or si nous nous reportons au travail remarquable que M. le Dr Leblond a fait paraître dans les *Annales de gynécologie* sur l'avortement spontané, nous voyons que lorsque les membranes ne sont pas altérées, si l'avortement a lieu à une époque aussi rapprochée de la conception, l'œuf sort tout entier. Ici un pareil fait n'a pas lieu, et nous devons trouver dans la délivrance tardive une preuve de l'altération des membranes et éliminer l'influence de causes accidentelles. Mais lorsque la grossesse est arrêtée après le quatrième mois trouva-t-on dans les annexes des lésions pathologiques?

L'œuf se trouve entouré de plusieurs membranes qui, de dedans en dehors, sont : 1° l'amnios ; 2° le chorion ; 3° les caduques. Nous devrions étudier les lésions de ces membranes. Mais les auteurs ne s'en sont guère occupés fixant surtout leur attention sur les lésions placen aires,

car, dans tous les cas où les membranes en dehors du placenta étaient lésées, ce dernier l'était également. Du reste nous devons avouer notre ignorance absolue sur l'influence que peuvent avoir les lésions pathologiques des membranes.

On ne connaît pas encore d'une façon bien complète l'anatomie du placenta. On sait que son volume est généralement proportionné au volume de l'enfant et qu'il se trouve formé de deux parties : une qui dépend plus particulièrement de la mère et qui a reçu le nom de placenta maternel, l'autre qui dépend du chorion et qui a reçu le nom de placenta fœtal. Quant aux rapports du placenta maternel et du placenta fœtal, ils sont encore peu connus. Reid pense que le placenta maternel forme une ample cavité dans laquelle plonge les villosités qui déprimeraient la tunique interne des sinus. Goodsire pense que les villosités choriales s'insinuent entre des villosités venant de la caduque sérotine. Enfin Ercolani croit pouvoir affirmer que chaque villosité choriale est entourée d'une gaine de tissu nouveau de nature glandulaire qui serait chargé de sécréter un véritable lait utérin. La structure du placenta est tellement peu connue que Braxton Hicks a pu, dans un travail récent, nier l'existence des sinus maternels.

Mettant de côté toutes ces théories, voici comment nous comprenons le schéma pour ainsi dire du placenta.

Au niveau de cet organe les villosités choriales prennent un développement énorme, il en est de même du côté de la muqueuse utérine. Friedlander pensait que la muqueuse utérine dans son développement se divisait en deux couches, l'une de nature glandulaire, confinant au tissu mus-

culaire et se rattachant par un tissu cellulaire lâche à une couche d'épithélium modifié, qui seule faisait partie du placenta. Léopold, Sinéty ont constaté la présence de glandes dans le placenta; nous-même nous avons pu observer le fait. Tous les éléments de la muqueuse utérine font donc partie du placenta. Du côté de l'œuf s'avancent vers la muqueuse utérine des villosités qui vont se divisant à l'infini, et devenant de plus en plus petites, villosités qui, à l'époque de la grossesse qui nous occupe, contiennent pour la plupart des vaisseaux. Si maintenant nous faisons une coupe du placenta que voyons-nous? Tout d'abord du côté de la cavité amniotique une couche épithéliale, doublée d'une couche fibreuse plus ou moins épaisse, et enfin des masses de volume très différent, séparées les unes des autres par des espaces tantôt absolument vides, tantôt pleins de sang. Que sont ces masses? que sont ces espaces libres? Les masses sont les villosités, les espaces vides les sinus. Les villosités nous apparaissent avec des volumes bien différents suivant que nous tombons sur des travées primitives ou secondaires, toujours elles sont entourées d'une tunique épithéliale sur la nature de laquelle nous n'insisterons pas. Nous dirons cependant que des auteurs la considèrent comme appartenant à la villosité, tandis que les autres pensent qu'elle est une dépendance du placenta maternel.

Les grosses travées diffèrent par leur structure de celles plus petites. Dans les premières on remarque que les vaisseaux assez volumineux en eux-mêmes n'en occupent qu'une faible portion ; le reste n'est constitué que par un bloc de tissu fibreux. Plus les villosités sont petites plus le tissu fibreux se raréfie et à sa place nous voyons apparaître du tissu muqueux; plus aussi, les

vaisseaux paraissent larges par rapport au diamètre des villosités. Un certain nombre de petites villosités semblent dénuées de vaisseaux ou n'ont que des vaisseaux qui paraissent comblés par un tissu d'apparence épithéliale encore peu étudié. C'est là ce qu'on observe dans les placentas sains. Or nous pensons que l'on peut ainsi interpréter ces différences, les grosses travées nous paraissent être les portions les plus anciennes des villosités, le tissu fibreux y a remplacé le tissu muqueux; les plus petites, celles qui ne sont constituées que par du tissu muqueux, sont des villosités plus jeunes et en voyant les travées de volume moyen dans lesquelles côte à côte se trouvent du tissu fibreux et du tissu muqueux nous assistons à l'évolution de ce dernier tissu.

L'aspect de la coupe du placenta variera beaucoup suivant les points que l'on examinera ; car si l'on prend pour objet d'études les portions périphériques ou bien une partie adjacente à la face fœtale, l'élément fibreux prédominera toujours et cela dans des placentas qui ne sont nullement malades. Si au contraire on prend un cotylédon central l'élément muqueux existera presque seul.

Il nous a paru important d'insister sur ces détails, et l'étude que nous venons de faire nous permettra de mieux apprécier la nature des lésions que les auteurs ont trouvées dans les placentas syphilitiques.

Ce n'est que depuis les travaux de Virchow (1), qui sont venus confirmer les faits incomplets relatés déjà par Lebert (2) et Mackenzie (3), que des études suivies

(1) Virchow, Pathologie des tumeurs.

(2) Lebert, Comptes rendus de la Société de biologie, 1852, et raité d'anatomie pathologique, tome I.

(3) Association médicale, Journal, 1854.

ont été faites sur l'anatomie pathologique du placenta dans la syphilis. Nous ne voulons pas ici relater les opinions si diverses émises par les auteurs qui se sont occupés, de cette question car il nous est facile de remarquer qu'ils peuvent être rangés en deux grandes catégories : ceux qui pensent que des productions spécifiques peuvent exister sur le placenta ou les membranes, et ceux qui, en admettant l'existence de lésions ne pensent pas qu'elles sont particulières à la syphilis. Virchow avait cru reconnaître au-dessous des membranes de l'œuf des productions qu'il regardait comme analogues à des papules, mais Strassmann a trouvé les mêmes lésions chez des femmes non syphilitiques. Quelques auteurs, Frankel entre autres (1), ont admis l'existence de productions gommeuses dans le placenta, mais il y a longtemps que Virchow et depuis Ercolani (2), Lawson Tait (3) ont démontré les vices d'interprétation de pareils faits, et cependant si l'existence de lésions spécifiques n'est pas encore démontrée, il suffit de regarder un placenta résultant d'un avortement chez une syphilitique pour reconnaître qu'il ne présente pas l'aspect d'un placenta normal ; et ici les matériaux abondent lorsque nous voulons étudier la nature intime de ces altérations. Les anatomo-pathologistes ont apporté la plus grande précision dans leurs conclusions.

Nous allons examiner leurs recherches et nous verrons si elles doivent toutes être acceptées de parti pris. On a utilisé la division que nous avons déjà citée du placenta

(1) Frankel, Arch für Gynæck, t. V, p. 53.

(2) Ercolani, Arch. de tocologie, 1877.

(3) Lawson Tait, Transactiones of the obstetrical Society of London, t. XVIII, p. 326, 1876

en placenta maternel et placenta fœtal, et l'on a noté les cas où les lésions portaient sur l'une ou l'autre de ces parties. Enfin on a décrit des cas mixtes.

Frankel (1) et Macdonald (2) rapportent des cas où les villosités choriales étaient principalement et primitivement atteintes ; dans ces faits elles étaient transformées en masses fibreuses ; les vaisseaux diminués de volume étaient entourés eux-mêmes d'une zone épaisse de tissu de même nature ; quant à l'épithélium qui recouvre les villosités, il était également altéré. Dans ces cas, disent-ils, le père seul était infecté. Devons-nous accepter complètement cette dernière conclusion qui pourrait paraître juger la question de l'influence de la syphilispaternelle. Malheureusement des observations cliniques bien concluantes manquent dans ces travaux, et dans l'observation suivante nous allons montrer un cas où la mère seule était infectée et où les villosités choriales étaient seules malades.

Obs. XVI. — (Communiquée par M. Capitan, interne des hôpitaux.)

Marie V..., 20 ans 1/2, entrée le 8 octobre 1879, salle Sainte-Marie, n° 32, Lourcine, service de M. Nicaise.

Réglée d'une façon assez irrégulière ; ni fausses couches ni accouchements antérieurs à cette première grossesse qui date actuellement de 7 mois 1/2 ; elle a contracté il y a trois mois un chancre induré suivi de manifestations syphilitiques.

Le 30 octobre. Accouchement par le siège d'un fœtus non à terme qui succombe après deux ou trois inspirations malgré une insufflation prolongée. La placenta se décolle au même moment

(1). Loc. cit.
(2) Macdonald, British med. Journ., 21 août 1875, p. 334.

que l'enfant sort ; pas d'hémorrhagie consécutive. Suites de couches normales.

Le fœtus semble n'avoir que 7 mois.

La placenta présente des blocs d'aspect fibreux, et à l'examen histologique on trouve les villosités choriales non pas diminuées de volume, mais beaucoup plus grosses qu'à l'état normal. Seules les travées primitives et secondaires sont transformées en blocs fibreux avec des vaisseaux petits. Dans les plus petites villosités les vaisseaux sont oblitérés et le tissu muqueux existe.

Frankel et Macdonald, poursuivant leur étude, citent des cas où la partie maternelle était principalement atteinte : dans ces cas, les lésions étaient celles que Virchow a décrites sous le nom d'endométrite placentaire (placentaris nummosa). Nous réservons notre appréciation touchant les conclusions que ces auteurs ont cru devoir tirer des cas où la partie maternelle du placenta était seule altérée ; mais nous considérons comme complètement démontrée la fréquence des altérations fibreuses diffuses du placenta dans les faits d'avortements ou d'accouchements prématurés durant le cours de la syphilis.

C'est là un fait qui explique les délivrances si pénibles que l'on observe si souvent chez les femmes syphilitiques.

Obs. XVII. — (Communiquée par M. Bar.)

Jeanne X..., âgée de 22 ans, salle Saint-Alexis, Lourcine, entrée le 4 juillet 1877.

Syphilitique ; plaques muqueuses de la vulve très nombreuses et végétations ; vaginite, plusieurs cautérisations au nitrate d'argent ont été faites sur le col et la muqueuse vaginale ; traitement

mercuriel n'ayant commencé que 15 jours avant la grossesse. Enceinte de 7 mois.

Les douleurs ont commencé depuis le 22 juillet; l'accouchement se fait en position sacro-iliaque droite postérieure; enfant mort depuis longtemps; l'épiderme est macéré; délivrance très pénible; au bout d'une heure et quart extraction artificielle d'un placenta incomplet. Les cotylédons sont gris, durs; ils semblent atteints de dégénérescence graisseuse et fibreuse; à la partie supérieure du placenta, foyers hémorrhagiques assez volumineux.

Fœtus syphilitique. Il présente comme lésions des ganglions mésentériques très volumineux; ce que nous avons déjà remarqué plusieurs fois chez des fœtus syphilitiques.

Obs. XVIII. — (Communiquée par M. Bar.)

La nommée A..., âgée de 22 ans, salle Saint-Alexis, n° 8, Lourcine.

Malade syphilitique; accidents secondaires; plaques muqueuses végétantes sur les grandes lèvres; plaques dans la bouche et la gorge

Le 7 juillet 1877. Accouchement à terme en O. I. G. A. d'un enfant bien portant; pas de traces de syphilis; travail de 2 heures. Une heure après le placenta est encore adhérent, une hémorrhagie se déclare; délivrance pénible; on est obligé de décoller la partie supérieure du placenta très adhérente; hémorrhagie consécutive cédant à l'ergot de seigle. Dans ce cas il n'y avait pas manifestement d'inertie utérine.

Dans ces deux observations la délivrance était difficile, ce qui était manifestement dû à la dégénérescence fibreuse des parois des vaisseaux, dégénérescence qui a facilité l'hémorrhagie et retardé le décollement du placenta.

Ce ne sont du reste pas là deux cas isolés et exception-

nels : il est de tradition à Lourcine de redouter les délivrances chez les syphilitiques (1).

La dégénérescence fibreuse n'est pas toujours diffuse ; souvent elle se localise ou prédomine sur un ou plusieurs cotylédons, parfois elle est plus limitée encore ; c'est alors que l'on observe ces blocs fibreux qui ont été décrits par quelques auteurs sous le nom de gommes. Dans quelques cas ces masses fibreuses sont très vasculaires et l'on a les angiomes décrits par Ercolani (2).

Souvent il est dit que le placenta est graisseux. Ce n'est là, la plupart du temps, qu'une apparence ainsi que l'a fort bien démontré Macdonald (3).

A côté de ces lésions qui se rencontrent le plus fréquemment, il en est d'autres qui ne doivent pas être négligées. M. Brebant (4) a montré un placenta provenant d'une femme syphilitique dans lequel se trouvaient 7 ou 8 petites tumeurs contenant une substance gélatineuse. Nous ne pensons pas que c'était là des kystes placentaires, et nous croyons bien plutôt à l'interprétation que Virchow (5) a donnée des cas analogues. Ce sont de véritables myxomes.

Enfin il semble assez probable que la syphilis est capable de faciliter la production de l'hydroamnios.

Fournier, dans ses leçons sur la syphilis chez la femme, dit dans une note : « J'ai vu quatre fois l'hydroamnios compliquer des grossesses survenues chez des femmes syphilitiques à la période secondaire, n'est-

(1) Bar, Communication orale.
(2) Ercolani, Loc. citat.
(3) Macdonald, Loc. citat.
(4) Brebant, Soc. méd. de Reims, 6 juin 1877.
(5) Virchow, Path. des tumeurs, t. I, de la môle hydatique.

ce là qu'une coïncidence, ou bien l'hydroamnios est-elle un accident qui puisse dériver de la syphilis ? je ne saurais encore le dire. Je cite le fait néanmoins, pour le signaler à l'attention des accoucheurs. »

M. Brebant, dans une communication à la Société médicale de Reims, cite le cas de grossesse chez des femmes syphilitiques, se compliquant d'hydroamnios.

Nous pouvons nous-même rapporter l'observation suivante, que nous devons à l'obligeance de M. Quenu, interne des hôpitaux, et qui nous semble démonstrative.

Obs. XIX. — (Communiquée par M. Quenu, interne des hôpitaux). — *Hydroamnios. Syphilis.*

E. P..., 36 ans, lingère, entrée le 10 novembre 1876 à la Maternité de Cochin, n° 10, service de M. Polaillon.

E. P... a été réglée à 16 ans, elle est accouchée sept fois, quatre fois à terme, trois fois à 7 mois. Les quatre premiers enfants sont venus à terme et vivants. A cette époque elle était bien portante et ne perdait pas beaucoup d'eau en accouchant. Au sixième mois de la cinquième grossesse P... entre à l'hôpital Saint-Louis pour un chancre induré siégeant entre l'anus et la vulve. Plus tard elle eut des taches sur le corps, perdit ses cheveux, etc. L'accouchement prématuré eut lieu un mois après son entrée à l'hôpital.

A sa sixième couche, à la Charité, P... accoucha de deux enfants à 7 mois. Les enfants étaient macérés, et il s'écoula une grande quantité d'eau. Il y a quatre ans cette femme est accouchée pour la septième fois chez une sage-femme. La sage-femme lui fit remarquer « qu'elle perdait énormément d'eau et que l'enfant était mort parce qu'il s'était noyé dans l'eau. »

Les dernières règles sont venues dans les premiers jours du mois de mars; pendant cette dernière grossesse, cette femme a été continuellement malade; elle avait toujours mal dans les flancs et à plusieurs reprises a été forcée de garder le lit. Dans les derniers

temps elle a eu des étouffements et les jambes sont devenues enflées. L'œdème n'existe plus aujourd'hui; mais ce qui frappe c'est la forme globuleuse du ventre et son volume, bien que la femme ne soit pas à terme.

Le palper abdominal révèle une grande quantité de liquide amniotique, l'auscultation est négative, la femme ne sent plus remuer depuis huit jours. Au toucher on ne constate pas d'engagement bien que la poche des eaux ait été rompue et qu'il se soit écoulé environ un litre de liquide. On rompt de nouveau la poche des eaux, la tête vient en s'engageant diminuer l'écoulement, mais en la touchant de temps en temps avec le doigt on obtient trois à quatre litres d'un liquide coloré par le méconium. A 10 heures du soir l'accouchement a lieu, O. I. G. A. Le travail a duré treize heures ; au moment de l'expulsion il s'écoule encore une quantité de liquide qu'on peut évaluer à deux litres au moins.

Fille macérée pesant 2,200 gram.; pas d'hémorrhagie après la délivrance; pas de syncope.

Lochies en quantité ordinaire; exeat le 21 novembre.

Examen des annexes. — Le cordon est gros comme un intestin grêle et infiltré de sérosité sanguignolente, sa circonférence mesure 6 centimètres et demi, consistance molle. Le cordon se déchire facilement.

Placenta. — Quelques fausses membranes en un point bien limité de l'amnios ; face fœtale du placenta saine.

Face utérine. — En un point de la circonférence et sur une étendue de 1 centimètre environ, dégénérescence graisseuse d'un cotylédon ; deuxième noyau dans un autre cotylédon. La veine ombilicale est obstruée par un caillot. Les artères sont revenues sur elles-mêmes

Fœtus. — Enfant macéré; pas de pemphigus aux pieds et aux mains; parois abdominales infiltrées de sérosité sanguine; foie, 120 gram.; rate, 20 gram.; reins sains. L'intestin renferme un liquide roussâtre. Thymus normal, poumons et cœur sains.

Dans ce chapitre d'anatomie pathologique les faits semblent plutôt pécher par excès que par défaut. Nous pensons cependant qu'entre tous ces faits il est un lien

sur lequel, ce nous semble, n'ont pas suffisamment insisté les auteurs, et qui nous a paru jeter quelque jour sur cette question encore si obscure. A un premier degré, le tissu muqueux nous paraît singulièrement prédominer. Si la déviation anatomique se continue, nous voyons apparaître ces tumeurs contenant une matière gélatiniforme, et nous aurons les myxomes du placenta. Si la transformation myxomateuse est diffuse et s'étend sur le cordon et les membranes, nous avons grande chance de voir apparaître l'hydroamnios. Dans l'observation de M. Quenu, il est noté que le cordon était infiltré, mais il se pourrait qu'un examen histologique eût fait reconnaître, non pas l'existence d'un tissu œdematié, mais la présence d'un tissu muqueux en très grande abondance. C'est en effet là, nous le pensons, un mode de production de l'hydroamnios. On sait que Jungbluth et avec lui Waldeyer voient dans l'amnios l'organe de production du liquide amniotique. Pour eux, la persistance à l'état de vaisseaux des rameaux artériels et veineux de cette membrane, est la cause ordinaire de l'hydroamnios. Des cas de Virchow, il résulte cependant que ce trouble pathologique coïncide généralement avec la dégénérescence myxomateuse de membranes, et c'est dans ce sens que nous croyons devoir interpréter l'œdème des annexes que les auteurs signalent comme conséquence d'une trop grande quantité de liquide amniotique. Nous n'oserions cependant pas affirmer que les membranes sont seules chargées de la sécrétion de ce liquide, et nous n'oublions pas les faits rapportés par Billard et King, par Desormeaux et Paul Dubois, par Depaul et Moreau, dans lesquels des hydronéphroses, des ruptures de la vessie, des dégénérescences kystiques

des reins ont été chez le fœtus le résultat d'une imperforation de l'urèthre, faits qui mettent hors de dou t 'influence possible du fœtus sur la production de l'hydroamnios.

La dégénérescence fibreuse du placenta est le résulta de la transformation de la gélatine de Warthon en tissu fibreux. C'est là un fait qui se produit normalement; nous avons déjà insisté sur ce point au début de ce chapitre, et nous renvoyons pour plus de détails au remarquable mémoire que M. Renaut a publié dans les Archives de physiologie (Du tissu muqueux). Si le tissu fibreux se trouve en assez grande abondance, c'est qu'auparavant il y avait en excès du tissu muqueux. Dans les cas où la transformation fibreuse est diffuse primitivement, il y avait une prolifération myxomateuse diffuse. Dans ceux où le tissu fibreux forme des masses isolées, le tissu muqueux, auparavant, formait des masses circonscrites.

Ces lésions nous paraissent être la cause des avortements et des accouchements prématurés que l'on observe dans le cas où la mère est infectée de la syphilis. Si ces altérations sont très prononcées dès le début, l'avortement ovulaire aura lieu. Moins elles seront considérables, plus la grossesse aura de chances de parvenir à son terme normal. Le placenta qui a été recueilli à la suite de l'accouchement signalé à l'observation XII, a été examiné; il était presque normal, et la grossesse est arrivée à son terme, et l'enfant était admirablement constitué. Dans notre observation XVI, l'accouchement est prématuré, et l'examen du placenta (page 34) nous a montré des lésions plus accentuées, surtout sur la partie fœtale du placenta. Aussi ne sommes-nous pas étonné

de voir l'enfant après une vie intra *utérine* de huit mois et demi avoir l'apparence d'un fœtus du sept mois, c'est que, par le fait des modifications survenues du côté des villosités choriales, il s'était produit une véritable *anthématosie* du fœtus, les lésions placentaires, en effet, produisent souvent l'avortement en détruisant la vie chez le fœtus qui, devenu corps étranger, ne tarde pas à être expulsé. Aussi, le plus souvent, dans les cas d'accouchement prématurés chez les syphilitiques, l'enfant est mort ou, s'il vit, il est bien plus faible qu'à l'ordinaire. Ces lésions placentaires sont-elles de nature *syphilitique?* Nous pensons qu'il serait imprudent de formuler sur ce point une conclusion absolue.

En effet, H. Goschler (1) a montré un cas où des lésions analogues existaient sans que le père ni la mère fussent atteints de syphilis, et à la séance du 18 mai 1876 de la *New-York Acadimy of medicine*, le D[r] Leale a émis cette conclusion que les lésions du placenta en tout analogues à celles décrites plus haut, reconnaissaient pour cause aussi bien la phthisie pulmonaire, la scrofule que la syphilis.

Par quel mécanisme se produisent ces modifications placentaires? La syphilis agit-elle primitivement sur le placenta, et secondairement sur le fœtus, ou réciproquement? La question est délicate et les termes de ce problème sont nombreux; en effet, les affections utérines préexistantes, faits si fréquents dans le cas de syphilis, peuvent devenir l'origine de troubles nutritifs dans le placenta : c'est à cette origine que doit être attribuée l'endométrite placentaire de Virchow.

(1) Goschler, Bœhm. Œrztl. corresp. Blatt. III, n° 27, p. 176.

Mais il n'est pas irrationnel d'admettre que par suite de l'état particulier dans lequel se trouve la femme syphilitique ou l'œuf infecté, les altérations placentaires puissent se produire.

CHAPITRE IV.

INDICATIONS. — TRAITEMENT.

La nécessité de traiter la syphilis par le traitement mercuriel est tellement bien établie, les auteurs sont tellement unanimes sur ce point qu'on ne devra pas être étonné si ce chapitre n'a pas une étendue aussi considérable qu'on pourrait le supposer. Du reste, dans le cours des chapitres précédents, j'ai déjà élucidé quelques points.

Je veux seulement établir certaines indications et faire ressortir quelques faits.

Une objection se présente au premier abord, on a dit, et le professeur Nagel (de Vienne), Zechmeister, Thomas Ballard (1) reproduisant avec moins d'autorité les critiques que Graves (2) adressait au mercure, sont encore de cet avis : Le traitement mercuriel est plutôt nuisible qu'utile dans le traitement de la syphilis.

Nous devons considérer aujourd'hui la discussion comme terminée, et cependant il est possible de se

(1) Ballard, Brit. med. Association, 23 août 1873.

(2) Graves, Cliniq. médicale, traduit par Jaccoud, t. II.

demander si dans le cas particulier qui nous occupe, lorsque la femme est enceinte, il n'y aurait pas de danger à entreprendre le traitement mercuriel.

La syphilis en effet est une cause d'avortement. Le mercure n'agit-il pas dans le même sens, ne peut-il pas nuire à l'enfant? C'est dans ces termes que nous croyons devoir poser la question. La clinique a répondu à la première objection, non seulement les avortements ne sont pas plus fréquents chez les femmes traitées, mais au contraire, celles-ci, lorsque le traitement est bien dirigé, arrivent plus fréquemment au terme de la grossesse, ou n'ont guère que des accouchements prématurés. F. Weber (1) rapporte une statistique de 120 cas de syphilis, traités chez des femmes enceintes ; les fausses couches n'ont eu lieu que dans une proportion de 20 0/0, et encore, le plus souvent, au sept ou huitième mois.

Mais il faut pour obtenir de pareils résultats que, ainsi que nous le disions plus haut, le traitement ait été bien dirigé, et qu'une bonne préparation mercurielle ait été employée. Nous agiterons ce point plus loin.

Mais le mercure nuit-il au fœtus? Goetz et M. Hallopeau (2) estiment que dans les cas d'intoxication mercurielle les enfants sont chétifs, souvent malades, mais il y a loin des effets d'une intoxication à ceux d'un traitement. Du reste, dans le remarquable mémoire que M. Porak (3) a écrit sur l'influence que peuvent avoir les médicaments donnés à la mère sur le fœtus, il est

(1) F. Weber, Allg. med. central., 1875.
(3) Hallopeau, Thèse d'agrégation, 1878.
(3) Porak, Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, 1878.

noté que la pile de Smithson n'est pas parvenue à déceler des traces de mercure dans l'urine des fœtus nouveau-nés. Or, nous considérons ce fait comme très intéressant pour nous, car plusieurs cas cités par M. Porak se rapportent précisément à celles de nos observations qui nous ont été communiquées par M. Bar, et recueillies à l'hôpital de Lourcine, et dans lesquelles l'accouchement a été prématuré ou a eu lieu à terme. Bien que les observations de ce dernier auteur ne doivent pas être considérées comme décisives, elles prouvent tout au moins que les quantités de mercure qui se trouvent chez le fœtus sont bien faibles, et par conséquent incapables de nuire à ce dernier.

On devra donc traiter par le mercure, toute femme syphilitique devenue enceinte. Que sa syphilis soit à la période secondaire en pleine évolution, que cette syphilis date de quelque temps et soit sans manifestation apparente, le mercure sera la seule ressource contre ces avortements à répétition.

Sous quelle forme devrons-nous donner ce médicament? Weber (1) pense que les frictions mercurielles sont encore la méthode qui donne les meilleurs résultats. Nous pensons cependant que sous cette forme on peut souvent dépasser la mesure et produire des accidents d'intoxication. A Lourcine, la liqueur de Van Swieten, est employée d'une façon générale, et a toujours donné d'excellents résultats sans jamais donner lieu à des accidents; car nous ne considérons pas comme tels les douleurs gastralgiques qui surviennent si fréquemment pendant l'administration de cette préparation, qui sont,

(1) Weber, Loc. cit.

somme toute, sans danger, et qu'une légère dose d'opium suffit à faire disparaître.

Quand la femme a atteint la période tertiaire il ne faut pas donner que de l'iodure de potassium, on n'obtiendrait ainsi que des résultats médiocres ; le traitement mixte est héroïque.

Dans le cas où le père serait seul syphilitique, bien que nous ayons montré que l'influence de la syphilis paternelle n'est pas encore complètement certaine, nous croyons qu'il est prudent de lui donner le traitement mercuriel.

Nous ne saurions mieux terminer ce chapitre qu'en citant ces paroles que nous empruntons au médecin qui, après Ricord, a le mieux connu la vérole.

« S'il vous arrive de rencontrer dans votre pratique quelques-unes de ces femmes qui, éprouvées par des fausses couches multiples, semblent incapables de mener une grossesse à terme, ne négligez jamais de suspecter la vérole comme origine possible de cette disposition fâcheuse. *Recherchez la vérole* et souvent vous la trouverez comme cause de ces avortements réitérés. » (Fournier, leçons, sur la syphilis chez la femme.)

CONCLUSIONS.

1° Il n'est pas démontré que la syphilis puisse produire la stérilité chez la femme.

2° Lorsque le père et la mère sont tous deux à la période secondaire de la syphilis, l'influence de cette diathèse sur la marche de la grossesse est certaine. La syphilis agit d'autant moins qu'elle se trouve plus éloi-

gnée de son époque d'apparition, traitée elle est moins grave.

3° Lorsque le père et la mère sont tous deux à la période tertiaire, l'influence paraît presque nulle. Cependant il est impossible de formuler aucune conclusion à cet égard.

4° Il est impossible de donner la moindre conclusion formelle dans les cas où le père seul est syphilitique.

5° Si la mère seule est syphilitique et qu'elle ait été infectée au moment de la conception, l'influence de la syphilis sur la grossesse est manifeste. Si la syphilis est contractée pendant la grossesse l'influence serait d'autant moins grave que l'infection de la mère a eu lieu à un moment plus éloigné de la conception.

Si la mère est à la période tertiaire il est impossible de donner de conclusions.

6° Dans le cas où la grossesse n'arrive pas à son terme, on trouve des lésions du placenta et des membranes d'autant moins marquées que la délivrance a eu lieu plus près du terme régulier.

7° Il n'est pas pas possible d'admettre complètement les affirmations des anatomo-pathologistes qui prétendent que, dans les cas où la mère seule est contaminée le placenta maternel seul est atteint, et que dans ceux où le père était seul syphilitique le placenta fœtal est seul malade. Les altérations du placenta et des membranes sont des lésions vulgaires qui ne paraissent pas spéciales à la syphilis. Elles agissent le plus souvent en amenant la mort du fœtus ou diminuant sa vitalité.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MEDICALES

Anatomie et histologie normales. — Structure et développement des os.

Physiologie. — Du sperme.

Physique. — Des leviers appliqués à la mécanique animale.

Chimie. — De l'isomérie, de l'isomorphisme et du polymorphisme.

Histoire naturelle. — Etude comparée du sang, du lait, de l'urine et de la bile dans la série animale ; procédés suivis pour analyser ces liquides.

Pathologie externe. — Anatomie pathologique des anévrysmes.

Pathologie interne. — Des complications de la rougeole.

Pathologie générale. — Des constitutions médicales.

Anatomie pathologique. — Des kystes

Médecine opératoire. — Des différents procédés de déduction des luxations de l'épaule.

Pharmacologie. — Quelle est la composition des sucs végétaux? Quels sont les procédés le plus souvent employés pour les extraire, les clarifier, les conserver? Qu'entend-on par sucs extractifs, acides sucrés, huileux, résineux et laiteux? Quelles sont les formes dans lesquelles on les emploie en médecine?

Thérapeutique. — Des sources principales auxquelles se puisent les indications thérapeutiques.

Hygiène. — Du tempérament.

Médecine légale. — Exposer les différents modes d'extraction et de séparation des matières organiques pour la recherche des poisons.

Accouchements. — Du bassin à l'état osseux.

Vu : le Président de la thèse.
HAYEM

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
A. GRÉARD.